Ueber gleichzeitige Intra- und Extrauteringravidität mit ausgetragenen Früchten

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer hohen medizinischen Fakultät

der Georg August-Universität zu Göttingen

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

K. Hornung,

Assistenzarzt am Landkrankenhaus Fulda.

Schlesische Dorfzeitung, G.m.b.H., Wohlau.

187.425

Diss. Göttingen 1920

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 3. März 1920

Referent: Prof. Dr. Reifferscheid.

Meinen Eltern!

In der Literatur ist eine große Anzahl von Fällen kombinierter Intra- und Extrauteringravidität veröffentlicht worden, doch handelt es sich meistens um Fälle, bei denen entweder beide oder eine von beiden Schwangerschaften nicht ihr normales Ende erreicht haben, sondern vorzeitig zu Grunde gingen. Gewöhnlich war der pathologische Sitz eines Foeten Schuld an der Unterbrechung der intra-, extrauterinen oder beiden Graviditäten. — Die schlechteste Aussicht auf Beendigung haben nach der Literatur zweifellos die Tubargraviditäten bei gleichzeitig bestehender normaler Schwangerschaft. Es liegt in der Natur der Sache, daß die Tube sich nur bis zu einer gewissen Grenze dehnen läßt und dann die bekannten Bilder der Tubenruptur darbietet.

Anläßlich eines im Landkrankenhaus Fulda beobachteten Falles sollen deshalb alle bisher veröffentlichten Fälle zusammengestellt werden, bei denen beide Früchte, sowohl die intra- als auch die extrauterine Frucht, ausgetragen und spontan geboren oder operativ entfernt wurden. — Die Fälle, welche zweifelhaft oder nur mit ungenauem Alter der beiden Früchte angegeben waren, sind nicht berücksicht worden.

Nach dieser strengen Auslese bleiben noch 9 Fälle übrig, die allen meinen Anforderungen genügen und meinem Fall gleichen. Es ist merkwürdig, daß aus Deutschland kein ähnlicher Fall veröffentlicht ist, während sich das Vorkommen auf Oesterreich (2), Amerika (3), Frankreich (1) und England (3) verteilt.

Bei diesen nunmehr 10 Fällen handelt es sich ausschließlich um Mehr- und Vielgebärende im Durchschnittsalter von 35 Jahren. — Nur in 3 Fällen macht diese Schwangerschaftskombination bis zur normalen Geburt des intrauterinen Foetus keinerlei Beschwerden, in allen anderen Fällen geht die Schwangerschaft von Anfang an oder erst später mit mehr oder weniger Schmerzen einher. — Nach der Geburt des intrauterinen Foetus kommt es mehrere Male wegen der Indolenz der Schwangern zu sehr ernsten Situationen, sodaß nur durch die operative Entfernung des als Fremdkörper wirkenden extrauterinen Kindes das Leben

der Mutter erhalten werden konnte. — Bei 2 Fällen bestätigt erst die Sektion der nach dem ersten Partus ad Exitum gekommenen Frau die Diagnose. —

Eigener Fall.

Frau J. war als Kind immer gesund und hatte keine Kinderkrankheiten durchgemacht. — Ihre Menses setzten Ende des 14. Lebensjahres ein und waren seit dieser Zeit immer regelmäßig alle 4 Wochen, stark und von 5-6tägiger Dauer. — 1896 heiratete sie mit 23 Jahren und gebar nach einem Jahr ihr erstes Kind spontan. — In den nächsten 11 Jahren bis zum Tode ihres Mannes wurde sie nicht mehr gravid. — Nun lebte sie im Verhältnis mit ihrem späteren zweiten Manne und hatte kurz darauf einen Abort im dritten Monat, dann kam sie 1907 schwanger ins Krankenhaus, um dort ihre Geburt abzuwarten. — Obwohl der Bauchumfang regelrecht zunahm, erfolgte an dem normalen Ende der Schwangerschaft keine Geburt und 4 Wochen nach dem berechneten Endtermin verließ sie die Anstalt. — Den Rat zur operativen Entfernung der vermuteten Bauchschwangerschaft befolgte sie nicht. — Der Umfang des Leibes nahm allmählich ab und die Menstruation stellte sich wieder ein. —

Am 17. Dezember 1908 wurde sie nachts wieder eingeliefert am Ende einer Gravidität mit Armvorfall, die Blase war bereits am vorhergehenden Tage gesprungen. Bei der Untersuchung wird ein lebendes Kind festgestellt. Die Extraktion wird gemacht, die Placenta folgt schnell und der Uterus kontrahiert sich gut. Darauf kann man links vom Uterus abgegrenzt einen konsistenten, breit unter dem Nabel liegenden Tumor abtasten. Das Wochenbett verlief glatt ohne jede Störung. Als die Patientin sich erholt hatte, wurde ihr wieder dringend die Operation empfohlen, da die abgestorbene Frucht vereitern und ihr Leben bedrohen könnte. Trotzdem verließ sie 4 Wochen post partum, am 16. Januar 1909, das Krankenhaus. —

Am 3. Februar erschien die Schwester der Patientin und erzählte, daß es derselben sehr schlecht ginge, sie hätte hohes Fieber, täglich Schüttelfrost und würde immer elender. Es wurde ihr der Rat erteilt, die Kranke sofort ins Krankenhaus zu bringen, doch geschah dieses erst nach 2 Tagen.

Bei der Aufnahme war die Patientin sehr verfallen, die Temperatur betrug 39°, der Puls war klein, unregel-

mäßig und schlug 120 Mal in der Minute. Der Tumor war in derselben Größe wie 14 Tage vorher, nur zeigte er 3 Querfinger breit rechts unterhalb des Nabels eine kleinhandtellergroße, fluktuierende Geschwulst, die den Anschein machte, als ob sie dem größeren Tumor aufsäße. Die Patientin wurde zunächst beobachtet und die bestehende Herzschwäche entsprechend behandelt.

Am 9. Februar wurde die Laparotomie vorgenommen. Um nicht durch die Ueberschwemmung mit Eiter eine Verschleierung des Bildes herbeizuführen, wird der Schnitt nicht über der fluktuierenden Stelle, sondern links vom Nabel angelegt. Nach Eröffnung des Peritoneum sieht man einen kindeskopfgroßen cystischen Tumor, der fest mit der seitlichen Bauchwand und mehrfach mit dem Darm verwachsen ist. Bei Lösung der Verwachsungen quillt plötzlich aus der Geschwulst jauchig stinkender Eiter unter starkem Druck hervor. — Die freie Bauchhöhle ist durch Verwachsungen und Tamponade geschützt. — Durch Troikart und Ausstupfen werden nun aus der Cyste etwa 2 Liter Eiter entleert. — Danach erkennt man Kindsdärme in der Cyste liegen und findet bei der manuellen Ausräumung einen völlig macerierten Foetus. — Nach der Rekonstruction ergibt sich später eine Länge von 48 cm. Die Brust- und Bauchhöhle sind breit offen, Wirbelsäule, Leber und Magen sind ebenso wie Mundöffnung und Zunge gut erkennbar, die Haut nur am Nacken, Hals und der Außenseite des linken Beines. — Die Musculatur ist nur an den unteren Extremitäten erhalten. — Die Arme werden einzeln hervorgeholt und ähneln in ihrem Aussehen gekochten Hühnerknochen, auch das linke os parietale und das os frontale werden einzeln gefunden. — Auf die vollständige Exstirpation des Fruchtsackes wird wegen der Verwachsungen verzichtet, da durch Lösung nur eine Infektion der Bauchhöhle gesetzt werden würde. — Um aus theoretischem Interesse den Ausgangspunkt der Extrauteringravidität zu finden, löst man den Fruchtsack vom Uterus und erkennt, daß beide Adnexe bis auf das rechte Ovarium, das nicht mehr vorhanden ist, intact sind, daß es sich also um eine Ovarialgravidität gehandelt hat. — Nach reichlicher Tamponade wird die Musculatur und Haut teilweise durch Naht geschlossen. —

Jetzt wird noch die fluktuierende Stelle rechts unterhalb des Nabels incidiert, auch hier entleert sich unter hohem Druck stehender Eiter, der schon in weitem Um-

kreis die Musculatur der Bauchhöhle durchsetzt hat. — Durch eine Fistel steht dieser abgekaspelte Abscess mit dem Fruchtsack in Verbindung. —

Die Nachbehandlung bestand in reichlicher Zufuhr von physiologischer Kochsalz-Lösung durch Transfusion und Einläufe und durch Anregung der Herztätigkeit mit Campher und Coffein; die Exzitantien konnten nach 3 Tagen, die Kochsalzzufuhr nach 8 Tagen abgesetzt werden. — Die Tamponade wurde am 6. Tage post operationem gezogen, dafür ein Drainrohr eingelegt. — Die hierdurch vorgenommenen Spülungen förderten noch wochenlang abgestoßene Gewebsfetzen von dem Fruchtsack zu Tage. — Das Drainrohr wurde dann Mitte März entfernt. — Von dieser Zeit an blieb die Temperatur dauernd normal, das Gewicht der Patientin, das vor der Operation 62 kg betragen hatte und im Verlauf der starken Eitersekretion bis 54,5 kg reduziert war, stieg bis zum 21. Juni auf 68 kg, die Menses setzten am 14. Juli wieder ein und am 28. Juli wurde die Patientin geheilt entlassen.

Heute, nach 10 Jahren, ist Frau J noch frisch und gesund; eine Gravidität hat sie nicht mehr durchgemacht. — Das während der bestehenden Extrauteringravidität geborene Kind, ein Mädchen, kam mit 9 Monaten ad Exitum. —

In diesem Falle hatte bereits der Organismus versucht, sich der als Fremdkörper wirkenden abgestorbenen Frucht zu entledigen. Da die natürlichen Geburtswege zur Ausstoßung nicht benutzbar waren, hatte sich von dem vereiterten Fruchtsack nach den Bauchdecken ein Fistelgang gebildet, der einen secundären Abscess in den Bauchdecken hervorrief. — Diese Fistel war aber noch nicht weit genug und der Foetus noch nicht genügend zersetzt, um fötale Teile im Bauchdeckenabscess finden zu lassen. — Es ist aus dem stürmischen Auftreten dieses Prozesses leicht ersichtlich, daß die Frau selbst den Anfang der Ausstossung nicht mehr erlebt haben würde.

Royster, H. A., A case of combined intra-and extra uterine pregnancy at term; the former child delivered alive naturally, the latter (dead) removed by celiotomy four Weeks later, recovery. (Lit, Verz. 2.)

34 j. VII. Para, deren Geburten alle spontan verlaufen waren, hatte seit dem ersten Partus unregelmäßige Menses. — Jetzt war die letzte Regel Anfang Oktober 1896, am 4. Dezember verspürte sie beim Urinlassen plötzlich heftige

Schmerzen in der rechten Seite, die aber nach einigen Stunden Bettruhe wieder nachließen, doch kränkelte sie seit dieser Zeit dauernd bis zu ihrer Niederkunft, die am 27. Juni 1897 spontan erfolgte. — 48 Stunden später schickte sie zum Arzt, wobei sie ein zweites Kind fühlte, das nicht von selbst kommen wollte. — Der Arzt fand den Uterus leer und einen Tumor nicht mit ihm verwachsen, der beweglich war und Kindsbewegungen erkennen ließ. — Es wurde die Diagnose auf ausgetragene Extrauterin-gravidität mit lebendem Kinde gestellt und die operative Entfernung vorgeschlagen, die jedoch verweigert wurde. — Nach 8 Tagen hörten die Kindsbewegungen auf, Patientin bekam Schmerzen und septisches Fieber. — Am 13. Juli erkannten die Angehörigen die Lebensgefahr und willigten in die Operation ein. —

Befund am 16 Juli: Das Abdomen war sehr stark aufgetrieben, die Palpation ergab einen Tumor, der deutliche Fluktuation, doch keine Anzeigen von einem massiven Kindskörper mehr zeigte. — Die Patientin war sehr schwach und äußerte beim geringsten Druck auf das Abdomen lebhaften Schmerz. — Die innere Untersuchung fand die Cervix weit und tief eingerissen und einen stinkenden rotbraunen Fluor. —

Operation am 18. Juli: Nach Eröffnung des Peritoneums strömte eine reichliche Menge einer schmutzigen gelblichen stinkenden Flüssigkeit aus, dann wurde manuell das kindliche Knie und der ganze Foetus entwickelt und entfernt. — Die Placenta lag der vorderen Bauchwand an und reichte bis zum Becken, ebenso war der Fruchtsack an der vorderen Bauchwand vor den Eingeweiden fixiert, während der Uterus mit Adnexen seine normale Lage inne hatte und nur mit der linken Ecke des Fruchtsackes verwachsen war. — Die Placenta wurde ohne größere Blutung gelöst, der Fruchtsack gesäubert und die Bauchwand durch Nähte bis auf das untere Ende, das zur Drainage offen blieb, geschlossen. —

Nachbehandlung: Während der ersten 3 Wochen sonderte die Drainage reichlich Sekret ab, dann nahm die Sekretion ab, die Nähte wurden entfernt. — 4 Wochen post operationem war Patientin soweit hergestellt, daß sie aufstehen konnte, sie erholte sich schnell und wurde am 27. August geheilt entlassen. — Der reife Foetus war vollkommen entwickelt, weiblich $4^1/_2$ Pfund schwer, nicht deformiert, der Schädel war durch Druck abgeplattet. – Die Placenta wog 2 Pfund.

Ueber das Schicksal des intrauterinen Foetus wurde folgendes bekannt: Es handelte sich um einen Knaben, der nur 2 Wochen lebte und dann an Inanition zu Grunde ging, weil die Mutter ihn nicht stillen konnte; denn die Milch trat nicht nach der Geburt, sondern erst am Todestage des Kindes auf. —

H. Ludwig, Eierstockschwängerschaft neben normaler uteriner Schwangerschaft. — Laparotomie am 5. Tage nach der Spontangeburt der uterinen Frucht. — (Lit. Verz. 3) 35 j. VI. para war bisher immer gesund und vom 18. Jahre ab regelmäßig menstruiert und hatte 5 Spontangeburten überstanden. — Ihre letzten Menses waren Mitte April 1895, 14 Tage nachher angeblich befruchtender Coitus. — Vom 3. Monate der nun folgenden Gravidität ab verspürte sie allmählich zunehmende Schmerzen im Leib, auch waren die später auftretenden Kindsbewegungen viel stärker als in den früheren Schwangerschaften. — Am 20. Februar 96 gebar sie nach 6stündiger Wehenarbeit ein reifes lebendes Mädchen, doch auch mit größeren Schmerzen wie früher. Die Hebamme fühlte noch ein zweites Kind, der hinzugerufene Arzt entfernte manuell die Placenta. — Die längeren Bemühungen, das Kind zu entwickeln, blieben erfolglos, deshalb wurde der Frau vorgeschlagen, sich operieren, oder das Kind zuerst absterben zu lassen. — Als am 5. Tage nach der Spontangeburt sich der Zustand nicht verändert hatte, machte die Patientin eine 17stündige Bahnfahrt nach Wien. —

Status und Operationsbefund: Die Temperatur betrug 37^3, der Puls war 92 in der Minute, die Frau war schwächlich gebaut, schlecht ernährt, nicht anaemisch und hatte gesunde innere Organe. — Ueber der Symphyse palpierte man einen mannsfaustgroßen Uterus, von dessen linker Kante ausgehend fühlte man durch die papierdünnen Bauchdecken einen Tumor, in dem man Kindsbewegungen erkannte. — Deshalb wurde er als Extrauteringravidität mit lebendem Kind angesprochen. — Die gleich angeschlossene Laparotomie zeigte einen dünnen Fruchtsack, der sich bequem von den Darmschlingen ablösen ließ, er enthielt etwa 600 gr flockig getrübtes Wasser. — Schon kurz nach Eröffnung schrie der 49,5 cm lange 3570 gr schwere Knabe kräftig. — Wegen der auswärtigen Placentarlösung und der dortigen intrauterinen Manipulationen entschloß man sich, den Uterus mit Adnexen zu entfernen. — Die genaue

pathologisch-anatomische Untersuchung des Präparates stellte fest, daß sich das linke Ovarium teilweise an der Wandbildung des Fruchtsackes beteiligt hatte, auch das linke lig. ovaric. propr. ging vom Uterus flächenhaft aufgelöst in die Fruchtsackwand über.

J. Pennefather (Dublin); One case of coexisting extra-and interuterine pregnancy. (Lit. Verz. 4.)

38 j. Frau, Mutter von 5 Kindern wurde nach einem Abort im August 1861 im Oktober desselben Jahres wieder schwanger. — Seitdem fühlte sie sich dauernd unwohl und hatte bei jedem Stuhlgang heftige Schmerzen. — Seit April 1862 war der Leib empfindlich und nahm an Umfang sehr zu. Wenn die Frau auf der linken Seite lag, hatte sie unerträgliche Schmerzen. Am 4. September gebar sie nach 6stündigen Wehen ein reifes totes Kind. Da aber das Abdomen daraufhin nicht entsprechend kleiner wurde, dachte der Arzt an Zwillinge, stellte aber nach genauer Untersuchung die Diagnose auf Ovarialtumor. Der zugezogene Autor sah in diesem Tumor Kindsbewegungen und hörte Herztöne, die allerdings nach $1^1/_2$ Stunden verschwanden. Auf diese Beobachtung hin wurde die Diagnose in Extrauteringravidität geändert. Drei Monate fühlte sich die Patientin kräftiger, da trat plötzlich im Februar 63 hektisches Fieber mit Schweiß und Durchfällen auf, bei einem Puls von 160. Jetzt wurde in die linke Bauchhöhle, die Fluktuation zeigte, ein Troikart eingestossen, der nach dem Herausziehen innen und außen mit Kot bedeckt war. Die bedrohlichen septischen Symptone gingen daraufhin zurück, die Punktionsstelle heilte bald zu. — Doch nach 14 Tagen verschlimmerte sich der Allgemeinzustand wieder bedeutend, Patientin magerte stark ab. Allmählich konnten aus dem hintern Scheidengewölbe foetale Schädel- sowie andere Knochen entfernt werden, endlich konnte der übrige Foetus mit der Zange entwickelt werden. Es war ein ausgewachsener stark verjauchter und vollständig mit Kot bedeckter Knabe. Durch die nun folgenden Scheidenspülungen wurden noch viele Kotmassen entfernt. Darauf besserte sich der Allgemeinzustand schnell, Patientin konnte geheilt entlassen werden.

J. Cooke: Simultaneous uterine and extrauterine gestation proceeding to the full term of gestation. (Lit. Verz. 5.)

39 j. V. Para, deren 4 Geburten spontan verlaufen waren, fühlte sich seit dem Frühling 1862 wieder schwanger. Als am 8. Dezember am normalen Ende die Wehen einsetzten, bekam die Frau dabei heftige Schmerzen. Der Arzt untersuchte äußerlich und fand einen abnormen Tumor, der sich in Nabelhöhe hauptsächlich nach links hinüberzog. Man fühlte die unteren Extremitäten eines Foetus und hörte Placentargeräusche Am nächsten Tage waren die Wehen besonders stark, im Douglas'schen Raume palpierte man einen konstanten rundlichen Tumor, der die Vaginalportion derartig verschoben hatte, daß sie nicht zu erreichen war, dagegen schien man direkt hinter der Symphyse auf einen kindlichen Schädel zu stoßen. — Die Frucht wurde in Narkose ausgestoßen, 48 Stunden später starb die Frau.

Sektion: In der Bauchhöhle lag eine ausgewachsene männliche Frucht in ihren normalen unversehrten Eihäuten, die ziemlich viel Fruchtwasser enthielten und vorn mit dem Peritoneum verbunden waren. Dahinter lag der noch nicht ganz kontrahierte Uterus. In der freien Bauchhöhle fand sich viel grünbraune Flüssigkeit. Nach Eröffnung des Fruchtsackes und Entfernung des Foetus sah man die Placenta in einem Hohlraum liegen, der von den vergrößerten Fimbrien des rechten Canalis Falopii gebildet wurde. Man gelangte mit der Sonde vom Uterus in das erweiterte Tubenende und direkt auf die Placenta.

S. Pollack: Simultaneous intra- and extrauterine pregnancy to full term. (Lit. Verz. 6.)

Dieser Fall schließt sich eng an den vorhergehenden an. Auch hier wurde ein reifes Kind ohne Kunsthilfe geboren und daraufhin noch ein zweites außerhalb der Gebärmutter konstatiert. Nach 14 Tagen starb die Mutter plötzlich. Durch die Sektion wurde die Diagnose bestätigt, es fand sich ein reifes zweites Kind in der Bauchhöhle.

Aug. Herzfeld: Ueber einen Fall von Ovarialgravidität neben normaler uteriner Schwangerschaft. Laparotomie. Heilung. (Lit. Verz. 7.)

33 j. Frau hatte 2 Spontangeburten und einen Abort im 4. Monat überstanden, die vierte Schwangerschaft endete mit der Geburt eines reifen Kindes. Gleich nach der Geburt empfand die Frau wieder Kindsbewegungen und am 10. Tage nachher stellte der Arzt das Vorhandensein eines extrauterinen lebenden Kindes fest. Am nächsten Tage stellten sich heftige Schmerzen mit vermehrtem Blutabgang

ein, Herztöne und Kindsbewegungen hatten aufgehört, das Kind war abgestorben.

Befund: Der gut kontrahierte Uterus ließ sich deutlich von einem Tumor abtasten, letzterer zeigte die Konturen eines Foetus unmittelbar unter den Bauchdecken, in der Nabelgegend wurden die Füße gefühlt. Durch das hintere Scheidengewölbe konnte man den in der Beckenmitte stehenden Kopf nachweisen, der Rücken schien links zu liegen. Die Laparotomie deckte ein Gebilde auf, das einem Ovarialtumor ähnelte, jedenfalls von den rechten Adnexen ausging und leicht in toto entfernt werden konnte. Bei Eröffnung des Fruchtsackes ergoß sich nur wenig Fruchtwasser mit eingedicktem Meconium. Die Frucht war ein gut entwickelter 49 cm langer, 2870 gr. schwerer Knabe in erster Schädellage, nicht maceriert. Die Placenta nahm die Kuppe des Fruchtsackes ein und zeigte keine Besonderheiten. Die rechte Tube war intakt. Die mikroskopische Untersuchung ergab zwar keine Anzeichen dafür, daß das Ovarium an der Bildung des Fruchtsackes beteiligt war; aber dem anatomischen Befund nach bestand kein Zweifel, daß der Fruchtsack aus dem rechten Ovarium hervorgegangen war, daß es sich also um eine Ovarialgravidität gehandelt hatte.

Boyster: Ein Fall von kombinierter Intra- und Extrauteringravidität am normalen Ende. (Lit. Verz. 8.)

Bei einer 34 j. 6 Gebärenden stellten sich vier Wochen nach der letzten Conception Erscheinungen von Tupenruptur ein, doch gebar sie am normalen Schwangerschaftsende ein lebendes reifes Kind. — Nach der Entbindung wurde nun bei leerem Uterus noch ein zweites lebendes Kind im Abdomen gefühlt. In die operative Entfernung dieser Extrauteringravidität willigte Patientin erst 4 Wochen später ein, nachdem der Foetus schon obgestorben war und sich peritonitische Erscheinungen eingestellt hatten. — Die Operation gestaltete sich wegen der Verwachsungen des Fruchtsackes mit der vorderen Bauchwand größtenteils extraperitoneal. — Ein reifes Kind in beginnender Zersetzung wurde entfernt, die Lösung der Placenta gelang ohne größere Blutung. — Der an die linke Uteruskante heranreichende Sack wurde durch die Bauchwunden drainiert. Heilung.

G. C. Franklin (Leicester) Intra- and extrauterine Foetation at full term. Caesarean Sektion (Porro). (Lit. Verz. 9.)

33 j. 6. gebärende, die vorhergehenden Geburten dauerten immer lange, einmal 18stündige Wehenarbeit. — Ihr Zustand war sehr schlecht, sie war kollabiert, der Puls kräftig, 100 pro Minute. Das Abdomen war stark aufgetrieben und gespannt, besonders unterhalb des Nabels war die Perkussion abgeschwächt an beiden Seiten, die Palpation ergab nichts Besonderes. Bei der Vaginaluntersuchung war der Muttermund fühlbar, die Scheidenwand war ödematös geschwollen. Man konnte eine harte Masse von der Größe eines Kokesnuß über dem Muttermund und zwischen diesem und dem touchirenden Finger fühlen, diese hatte den Cervix über seine normale Lage aufgerichtet. er war leicht beweglich und elastisch und machte den Eindruck eines großen sarkomatösen das Becken ausfüllenden Tumors. Rektaluntersuchung o. B., ebenso der Stuhlgang, nur war das Urinlassen eine Zeitlang gestört. — Man entschloß sich zur sofortigen Operation. Es wurde eine 6 Zoll lange Inzision unterhalb des Nabels durch die dünne Abdominalwand gemacht; bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich etwa 2 Unzen Blut, die Placenta war an der vorderen Bauchwand befestigt. Dann wurde die Vorderwand des Uterus incidiert und ein reifes lebendes männliches Kind leicht mit Placenta extrahiert. Uterus mit Adnexen war nun beweglich. Der Zustand der Patientin war leidlich. Darauf war im Becken noch ein großer Tumor zurückgeblieben, dessen straffe Kapsel bei den Manipulationen platzte und einen reifen toten Foetus enthüllte; der Schädel lag im Douglas'schen Raum hinter dem Uterus.

Der Foetus wurde schnell entfernt, darauf folgte eine sehr starke Blutung irgendwoher aus der Gegend des Dousglas'schen Raumes heraus, diese war begründet durch die in dieser Gegend befestigten Placenta und hörte nach deren Entfernung auf. Der Zustand der Patientin war hoffnungslos —, die große Wunde wurde schnell versorgt und geschlossen. Eine halbe Stunde post operationem erfolgte der Exitus letalis, den auch eine Transfusion nicht aufhalten konnte.

Zum Schluß war der Autor der Ansicht, daß der durch die Vagina gefühlte Tumor der Schädel und ein Teil von der Placenta war. — Die Blutung hatte wahrscheinlich schon vor der Operation begonnen, hervorgerufen entweder durch die Untersuchung oder durch die Kontraktionen des Uterus.

Henry de Chaumard: Obvervation d'un cas de coincidance de grossesse utérine arrivée a terme et de grossesse extrautérine arrivée a terme avec enfant mort et maceré. (Lit. Verz. 10.)

33 j. 3. Gebärende, die 2 Fehlgeburten gehabt hatte, gebar am 16. November 1909 einen ausgetragenen lebenden Knaben. — 3 Wochen später stand sie auf, doch klagte sie schon über Schmerzen im Leib. - Am 17. Dezember kam sie zum Arzt wegen einer schmerzhaften Geschwulst im Leib und erzählte, daß sie ungefähr im 4. Monat ihrer letzten Schwangerschaft die Entwicklung eines Tumors in der linken Unterbauchgegend gefühlt hätte, dieser hätte sich nur bis zu ihrer Niederkunft vergrößert, dann nicht mehr. — Seit dieser Zeit hätte ihr die Geschwulst Unbehagen verursacht, dagegen lebhaften Schmerz beim Liegen auf der rechten Seite. Der erste Arzt hielt den Tumor für ein Uterusfibrom, der zweite für eine Ovarialcyste, der eine riet zur konservativen, der andere zur chirurgischen Behandlung. —

Zehn Tage später, einen Monat nach ihrer Niederkunft, kam sie mit Blutungen zum Arzt. — Der Allgemeinzustand war gut, nur machte sie einen sehr anaemischen Eindruck. — Die Blutungen dauerten 7 Tage ohne Fieber an, sie waren reichlich, doch nicht schmerzhaft. — Während sie damals ihr Kind wegen Milchmangel nicht stillen konnte, hatte sie jetzt eine starke Milchsekretion. — Bis zur Operation dauerten die Blutungen in geringer Stärke an. — An der linken Unterbauchseite trat ein eiförmiger glatter Tumor hervor, der nach oben bis 4 Querfinger über den Nabel, nach unten bis zur Symphyse reichte, nicht druckschmerzhaft und von oben nach unten verschieblich war, kleinste Seitwärtsbewegungen waren schmerzhaft. — Bei der Vaginaluntersuchung war der Uterus nach links verlagert, nur wenig vergrößert. — Bei Bewegungen des Uterus bewegte sich der Tumor wenig mit.

Diagnose: Tumor des l. Eierstocks.

Operation am 11. Januar 1910.

Nach dem Medianschnitt zwischen Nabel und Symphyse fand man einen großen glattrandigen Tumor mit starker Vascularisation, der sich nicht aus der Bauchhöhle vorziehen ließ, an der Hinterseite hing der Tumor mit den Adnexen zusammen. Beim Fassen mit der Zange entstand ein Riß, durch den einige Tropfen einer schwärzlichen, sehr dicken

Flüssigkeit sickerten. — Das Peritoneum, das die Vorderwand deckte, wurde durchtrennt, und die linken Adnexe unterbunden, da sie eng mit dem Tumor zusammenhingen: darauf wurde das hintere Blatt des Peritoneums ebenfalls durchtrennt, der Tumor herausgezogen und die Wundfläche mit Peritoneum gedeckt und die Bauchhöhle durch die Naht geschlossen.

Der Tumor wog 2,58 kg, er hatte sich in dem ampullären Teil der rechten Tube entwickelt, an der Hinterseite fand man die linke Tube und beide Ovarien. Aus dem Tumor floß nach Incision etwa 80 ccm einer dicken, schwärzlichen Flüssigkeit heraus. Die Cyste enthielt einen ausgetragenen, nicht deformierten Foetus, tot und maceriert, von weiblichem Geschlecht, 48 cm lang. Die Cystenwand war sehr dünn, 2 mm dick, nur etwas stärker an der Stelle, wo nach Art der Gefäße wohl die Placenta gesessen hatte.

Das Krankenlager verlief nach anfänglich leichter Temperatursteigerung bis 38,1 normal, nach 12 Tagen wurden die Nähte entfernt, nach 3 Wochen stand Patientin auf und 8 Tage später verließ sie geheilt das Krankenhaus.

Es handelt sich also in unserem Fall ebenso wie bei den vorher aus der Literatur zitierten Fällen um Schwangerschaftsbilder, die dadurch kompliziert waren, daß neben der normalen, ausgetragenen Uterusschwangerschaft sich eine Frucht extrauterin entwickelt hatte. Die Diagnose dieser Komplikation wurde in keinem Falle während der Schwangerschaft gestellt, da die Beschwerden nicht eindeutig sind und sich auch bei einer normalen Schwangerschaft finden können. Ebenso ergab die Palpation keinen charakteristischen Befund. Eine Röntgenuntersuchung aber wurde in keinem der aufgeführten Fälle vorgenommen. Doch hätten immerhin die größeren Beschwerden zu einer eingehenden Untersuchung mit Hilfe moderner diagnostischer Hilfsmittel führen können.

Durch eine Röntgendurchleuchtung hätte man bei gleichzeitiger Palpation sonst feststellen können, daß neben einer an normaler Stelle befindlichen Frucht noch eine weitere außerhalb der Gebärmutter lag. Es hätte dann durch Operation unter Umständen in einer Reihe von Fällen auch das extrauterine Kind gerettet werden können, wie es bei den bis jetzt vorliegenden Fällen nur in Ludwigs Fall zufällig geschehen ist. In allen anderen bis jetzt bekannten Fällen wurde die Diagnose nicht vor der Geburt gestellt. Meist entdeckte die Kreissende selbst, die Hebamme oder

der hinzugezogene Arzt nach Ausstoßung der uterinen Frucht noch eine Geschwulst im Leibe, die teils als Tumor, teils aber auch als Extrauteringravidität angesprochen wurde. Erst die Operation sicherte dann die Diagnose, hierbei wurde auch der Ausgangspunkt der pathologischen Schwangerschaft in einigen Fällen festgestellt, während in anderen Fällen erst die Sektion diese Frage entschied.

Die wenigsten Autoren haben sich die Mühe gegeben, zu entscheiden, ob es sich in dem betreffenden Falle um eine Tubar- oder Ovarial-Gravidität gehandelt hat, zumal nach Spiegelberg und Veit (Lit. Verz. 11 und 12) nicht das Fehlen eines Eierstocks allein schon die Diagnose Ovarialgravidität rechtfertigt, sie verlangen vielmehr noch, daß Eierstocks-Elemente in der Wand des Fruchtsackes gefunden werden und ein lig. ovaricum in den Fruchtsack übergeht und daß endlich beide Tuben unbeteiligt sind. Die hierzu erforderliche genaue pathologisch-anatomische Untersuchung führt nur Ludwig (Fall 3).

Durch diese mangelhafte Diagnosenstellung ist das Heilungsresultat bisher ein recht schlechtes. Die Prognose der intra- und extrauterinen Gravidität würde viel günstiger sein, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt und sich die Frauen frühzeitiger zur Entbindung ihrer Extrauterinschwangerschaft durch Kaiserschnitt entschließen könnten. An unseren Krankengeschichten sehen wir, daß nur im Ludwigsfall beide Kinder am Leben erhalten wurden; dies ist zugleich der einzigste Fall in der ganzen Literatur, in dem die Mutter mit ihren beiden Kindern am Leben geblieben ist; bei allen anderen mußte der extrauterine Foetus sterben. Die extrauterine Frucht wurde dreimal mit Kunsthilfe, sonst immer spontan geboren, darunter eine Totgeburt. Die Mutter lebte in sieben Fällen, einmal kam sie kurz nach der ersten Entbindung durch Verblutung, einmal 48 Stunden später und einmal 14 Tage danach durch eine andere Todesursache ad Exitum.

Die Therapie muß natürlich immer der Eigenheit des Falles angepaßt werden.

Unsere Fälle zeigen, daß eine Ovarialgravidität unter Umständen ohne vorläufige Gefahr für die Mutter bis zur Reife ausgetragen und auf operativem Wege lebend geboren werden kann. Die Diagnose der Ovarialgravidität, insbesondere ihre Abgrenzung von der Tubargravidität dürfte aber wohl in praxi nie mit der erforderlichen Sicherheit

gestellt werden können. Bei der großen Gefahr, die eine Tubargravidität stets für die Mutter bedeutet, wird sich jedoch jeder Geburtshelfer zur sofortigen Operation entschließen, um dadurch wenigstens für die Mutter die Prognose günstiger zu gestalten.

Es wird sich also auch für die Behandlung dieser schwierigen Schwangerschaftskomplikation durch den Praktiker empfehlen, wenn er frühzeitig genug, das heißt vor Beginn der Geburt, hinzugezogen wird, die Frau einer Klinik zu überweisen oder wenigstens, wenn das Vorurteil oder andere Hindernisse zunächst unüberwindlich sein sollten, nach der ersten Geburt die sofortige Ueberführung unter allen Umständen durchzusetzen suchen; für die Klinik können wir aus den aufgeführten Fällen ersehen, daß die Entbindung durch Kaiserschnitt auch für den extrauterinen Foeten die einzigste Möglichkeit ist, sein Leben zu retten.

Zum Schluß danke ich dem Direktor des Landkrankenhauses Fulda, Herrn Dr. Gunkel, für die freundliche Ueberlassung des Falles, sowie Herrn Prof. Dr. Reifferscheid für den Hinweis auf die Literatur.

Lebenslauf.

Ich wurde am 15. August 1890 zu Marburg a. Lahn geboren, besuchte in Kassel die Vorschule und das Wilhelmsgymnasium, dann in Münstereifel das Gymnasium, das ich Ostern 1911 mit dem Reifezeugnis verließ. In Marburg studierte ich Medizin und bestand Sommer 1913 die ärztliche Vorprüfung, ging dann studienhalber nach München und von dort aus nach Göttingen. Anfang 1915 trat ich kriegsfreiwillig ins Heer ein und war von Anfang 1916 ab zuerst als Unterarzt, später als Assistenzarzt bei einem Infanterieregiment anfangs im Osten, dann bis zum Schluß im Westen im Felde. Ende 1916 war ich aus dem Felde zur Ablegung des Staatsexamens beurlaubt, das ich am 26. Januar 1917 in Göttingen bestand. Nach Anrechnung der Kriegsdienstzeit auf das praktische Jahr erhielt ich die Approbation an demselben Tage. Am 30. Dezember 1918 wurde ich vom Militär entlassen und bin seit dieser Zeit Assistenzarzt am Landkrankenhaus Fulda.

Literatur-Verzeichnis.

1) Jahresberichte für Geburtshilfe und Gynaekologie.
2) The Amer. Jorn. of Obst, Vol XXXVI, pag. 820, 1897.
3) Wiener Klin. Wochenschrift vom 2 Juli 1896.
4) The Lancet, Vol I, London 1863.
5) The Lancet, Vol II, London 1863.
6) St. Louis med and. surg. Journal, le Mai 1871.
7) Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 43, 1891.
8) The Amer. Journ. of Obst, Dezember 1897.
9) Brit. Med. Journ. 1894, Vol I, pag 1019.
10) Bullet. de la soc. d'obstr. de Paris XIII, 115, 1910.
11) Spiegelberg, zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft. Arch. f. Gyn. XIII, 73.
12) Veit, Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gyn. III. Kongreß 1890.